

**Література:**

1. European Network of Cancer Registries. Eurocim version 4.0. European incidence database V2.3, 730 entity dictionary (2001), Lyon, 2001.
2. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. Scand J Surg 2004;93(2):88-96.
3. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma: 2014
4. Аляев А.Г., Глыбочко П.В., Григорян З.Г., Газимиев М.А. Органосохраняющие операции при опухоли почки. ГЭОТАР-Медиа, 2009г. ст272

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНЦИДЕНТАЛЬНОГО РАКА  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*И.М. Антонян<sup>1</sup>, В.В. Мегера<sup>1</sup>, Г.Г. Хареба<sup>2</sup>, О.Н. Геглюк<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

<sup>2</sup>Харьковский национальный медицинский университет

Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала

**Введение.** Рак предстательной железы (РПЖ) одно из самых распространённых онкоурологических заболеваний. В США РПЖ занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости мужского населения и второе – в структуре смертности [1].

Рак простаты является наиболее распространённым заболеванием пожилых мужчин в развитых странах Европы (более 200 случаев на 100,000 мужчин) с постоянным увеличением заболеваемости РПЖ в Восточной Европе [1].

В Украине РПЖ занимает четвертое место по частоте заболеваемости и третье среди причин смертности от злокачественных новообразований. В 2011 году в нашей стране выявлено 7658 новых случаев РПЖ, в 2012 году – 7511, в 2013 году – 8004. Показатель заболеваемости РПЖ на 100 тыс. населения в 2013 году составил 36,5 человек, а заболеваемость с использованием стандартизированного показателя – 25,8. Согласно статистическим данным, в Украине РПЖ на I-й и II-й стадиях диагностируется в 43,7% случаев, на III-й – в 23,1% и на IV – в 17,9%, стадия не определена – в 15,1%. Наряду с этим летальность от РПЖ в течение 1 года после установления диагноза составляет 17,9% [1,2].

Приведенные статистические данные свидетельствуют о низкой выявляемости РПЖ на начальных стадиях, что определяет малое количество выполняемых радикальных оперативных вмешательств, в сравнении со странами которые проводят скрининг рака простаты.

Определённая часть РПЖ на ранних стадиях диагностируется случайно (это т.н. инцидентальный РПЖ). Инцидентальный рак предстательной железы (ИРП) – рак, выявленный при морфологическом исследовании ткани предстательной железы, удаленной во время трансуретральной резекции (ТУР) или открытой аденомэктомии, в случаях, когда данные дооперационного обследования и результаты предоперационной биопсии простаты, не позволили выявить рак предстательной железы. Частота ИРП, выявленного на аутопсии, одинакова в различных странах мира [1].

По классификации TNM инцидентальному раку простаты соответствуют две стадии: T1a и T1b. T1a – опухоль, случайно выявленная при патоморфологическом исследовании не более чем в 5% удаленной ткани. T1b -опухоль, случайно выявленная при патоморфологическом исследовании в более 5% удаленной ткани [1].

Цель исследования. Изучить частоту ИРП при различных методах хирургического лечения ДГПЖ в сравнении с мировыми данными.

**Материалы и методы.** В исследовании ретроспективно проведен анализ историй болезни больных находившихся на стационарном лечении в Харьковском Областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала с диагнозом ДГПЖ, которым было проведено хирургическое лечение. Основным показанием для ТУР ДГПЖ являлся объем железы до 80 см<sup>3</sup>, тогда как критериями для открытой хирургии были объем железы более 80 см<sup>3</sup>, а также наличие осложнений (множественные или крупный камень мочевого пузыря, дивертикул мочевого пузыря, выраженное пузырное кровотечение).

В среднем ежегодно в центре выполняется около 700 операций по поводу ДГПЖ. Всего было проанализировано 3 временных отрезка. За период с 1996 – 2001 гг. (период внедрения ТУР ДГПЖ) было изучено 1375 историй болезни пациентов, за 2003 - 2007 гг. – 4246, и за 2012-2015 гг – 2676. Возраст пациентов составлял от 49 до 82 лет. Проведена оценка количества ТУР и открытых

хирургических вмешательств ДГПЖ (трансвезикальным доступом) и частота встречаемости ИРП для каждого временного периода. Эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств, выполненных по поводу ДГПЖ и частота встречаемости ИРП за три временных периода

Операции	Периоды					
	1996 - 2001		2003 - 2007		2012 - 2015	
	К-во пациентов	Частота ИРП	К-во пациентов	Частота ИРП	К-во пациентов	Частота ИРП
ОАЭ	1204(87,6%)	77(6,4%)	2888(68,1%)	259(8,9%)	1038(38,8%)	61(5,9%)
ТУР	171(12,4%)	4(2,3%)	1358(31,9%)	85(6,3%)	1638(61,2%)	172(10,5%)
Всего	1375	81(5,9%)	4246	344(8,1%)	2676	233(8,7%)

**Результаты.** Данные приведенной таблицы позволяют проанализировать изменения в лечебной тактике ДГПЖ. Имеется отчетливая динамика в снижении удельного веса аденомэктомий при увеличении количества ТУР. Если за 1996–2001 гг., (период внедрения ТУР ДГПЖ) было выполнено 1204 (87,6%) открытых аденомэктомий, то в 2003 – 2007 их количество уменьшилось до 68,1%, а в период с 2012 по 2015 гг., этот показатель составил 38,8%. Соответственно наблюдается рост частоты эндоскопического лечения во всех 3-х периодах с 12,4% до 61,2%.

При оценке частоты ИРП, установлено, что в течении времени, при увеличении количества выполняемых ТУР отмечается отчётливое увеличение количества выявляемого ИРП: в период с 1996-2001 гг. - 5,9%, в 2003-2007 гг. – 6,3%, в 2012-2015 гг. – 10,5%.

С 1996-2001 гг. частота ИРП была выше в группе больных после открытого хирургического лечения – 6,4%, по сравнению с группой после ТУР – 2,3%. В период с 2003 по 2007гг., ИРП составил 8,1%, в группе аденомэктомии 8,9%, а после ТУР 6,3%. В третьем временном промежутке с 2012 по 2015гг., частота ИРП составила 5,9% после открытых хирургических вмешательств и 10,5% после ТУР.

При анализе современной литературы выявлено, что частота ИРП составляет от 4 до 16%. Эти данные представлены в таблице 2. По данным собственного наблюдения частота ИРП составляет от 2,3 до 10,5% за три временных периода, что не противоречит мировым показателям.

Таблица 2.

Авторы	Методика операции	Количество пациентов	Частота ИРП (%)
Stillwell T.J. (США, 1989) [7]	аденомэктомия	468	6
Jonathan I. (США, 1992) [8]	ТУР	-	16
Van Andel. (Голландия, 1995) [9]	ТУР, аденомэктомия	392	4
Tombal B.(США, 1999) [10]	ТУР	1648	11
Kien T. (Канада, 2000) [11]	ТУР (1989–1990 гг) ТУР (1997–1999 гг)	533 449	12,9 8,0
Zigeuner R.E. (Австрия, 2003) [12]	ТУР, аденомэктомия	2422	13,7
Argyropoulos A. (Скандинавия 2005) [13]	ТУР	786	4,3
Kanno H. (Япония, 2006) [14]	ТУР	430	5,3
Yoo C.(Китай, 2011) [15]	ТУР	1613	4,8

**Заключение.** Анализируя количество различных видов операций в течении длительного периода времени видно, что количество выполняемых ТУР превысило количество открытых аденомэктомий примерно спустя 10 лет с начала освоения эндоскопических операций. Количество диагностируемых ИРП после ТУР простаты также увеличивалось с течением времени, и в последние годы превысил такой же показатель после аденомэктомии почти в 2 раза. Увеличение частоты ИРП после ТУР в сравнении с ИРП после аденомэктомии можно объяснить накоплением опыта выполнения таких операций, и соответственно увеличением «радикальности» операции – увеличением объёма удаляемой ткани простаты. Ещё одним объяснением этого факта может служить

то, що більшість пацієнтів з гострою затримкою сечі, які госпіталізуються по екстреним показанням, порушення мочеиспускания разрешается почти всегда с помощью ТУР, и у этих пациентов диагностические возможности (в т.ч. онкомаркеров) ограничены.

Тем не менее, частота встречаемости ИРП в ОКУН в течение разных периодов времени составляет от 2,3 до 10,5%, что соответствует мировым показателям. Исходя из этого, можно сделать вывод, что качество обследования пациентов с патологией простаты на предмет выявления РПЖ на ранних стадиях, проходящих обследование и лечение в специализированном урологическом стационаре Украины, находится на должном уровне. При этом неудовлетворительные результаты ранней выявляемости РПЖ по стране в целом в значительной степени определяются недостатками организации урологической помощи на первичных этапах, отсутствием скрининга РПЖ, наряду с низким уровнем информированности населения, когда подавляющая часть пациентов обращаются за специализированной медицинской помощью с уже запущенными стадиями рака простаты.

#### Список литературы:

1. United States Cancer Statistics: 1999-2006 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2010
2. Arnold M, Karim-Kos HE, Coebergh JW, et al. Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory. Eur J Cancer 2013 Oct 8. pii: S0959-8049(13)00842-3. doi: 10.1016/j.ejca.2013.09.002. [Epub ahead of print <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24120180>
3. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 14 - "Рак в Україні, 2011-2012". – Київ. 2013
4. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 16 - "Рак в Україні, 2013-2014". – Київ. 2015\
5. Lawrentschuk N, Haider MA, Daljeet N, et al. 'Prostatic evasive anterior tumours': the role of magnetic resonance imaging. BJU Int 2010 May;105(9):1231-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19817743>
6. N. Mottet (Chair), J. Bellmunt, E. Briers (Patient Representative), R.C.N. van den Bergh (Guidelines Associate), M. Bolla, N.J. van Casteren (Guidelines Associate), P. Cornford, S. Culine, S. Joniau, T. Lam, M.D. Mason, V. Matveev, H. van der Poel, T.H. van der Kwast, O. Rouvière, T. Wiegel Guidelines on Prostat Cancer 2015.
7. Stillwell T.J., Malek R.S., Engen D.E., Farrow G.M. Incidental adenocarcinoma after open prostatic adenectomy. – J. Urol. – 1989. – Vol. 141. – P. 76–78.
8. Jonathan I., Epstein, M.D. Cancer detected incidental to simple prostatectomy (stage A1). – J. Cell Biochem Suppl. – 1992. – Vol. 16H. – P.78-82.
9. van Andel G., Vleeming R., Kurth K., de Reijke T.M. Incidental carcinoma of the prostate. – Semin. Surg. Oncol. – 1995. – Vol. 11(1). – P.36-45.
10. Tombal B., De Visccher L., Cosyns J.P. et al. Assessing the risk of unsuspected prostate cancer in patients with benign prostatic hypertrophy: a 13-year retrospective study of the incidence and natural history of T1a-T1b prostate cancers. BJU Int 1999;84(9):1015–20.
11. Kien T., Phillip A., Jerome Green., D. Garth Perkins., John P. Incidental Prostatic Adenocarcinomas and Putative Premalignant Lesions in TURP Specimens Collected Before and After the Introduction of Prostate-Specific Antigen Screening. – Archives of Pathology and Laboratory Medicine. – 2000. – Vol. 124. No. 10., – P. 1454–1456.
12. Zigeuner R.E., Lipsky K., Riedler I., Auprich M., Schips L., Salfellner M., Pummer K., Hubner G. Did the rate of incidental prostate cancer change in the era of PSA testing? A retrospective study of 1127 patients. – Urology. – 2003. – Vol. 62 (3). – P. 451-445.
13. Argyropoulos A., Doumas K., Farmakis A. et al. Characteristics of patients with stage T1b incidental prostate cancer. Scand J Urol Nephrol 2005;39(4):289–93.
14. Kanno H., Umemoto S., Izumi K. et al. Prostate cancer development after transurethral resection of the prostate histopathological studies of radical prostatectomy specimens. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi 2006;97(4):649–59.
15. Yoo C, Zhao Z, Ma W, Zeng G, Qi D. PSCA mRNA expression in preoperatively negative prostate biopsies predicts incidental prostate cancer in patients undergoing transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. Department of Urology, Minimally Invasive Surgery Center, The First Affiliated Hospital, Guangzhou Medical College, Guangzhou, Guangdong Province, China.

### ЧИ МАЄ ВИДАЛЕННЯ ЛЕГЕНЕВИХ МЕТАСТАЗІВ МІСЦЕ У ПОКРАЩЕННІ ПОКАЗНИКІВ ВИЖИВАНOSTІ ХВОРИХ НА СВІТЛОКЛІТИННИЙ РАК НИРКИ?

Р.І. Верещако<sup>1</sup>, П.Г. Яковлев<sup>1,2</sup>, Д.А. Ключин<sup>3</sup>, І.С. Бацей<sup>1,2</sup>, А.В. Кондратенко<sup>2</sup>,  
А.А. Піскорський<sup>2</sup>, І. Малицька<sup>1</sup>, А.В. Сакало<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця, Київ

<sup>2</sup>Київський міський клінічний онкологічний центр, Київ

<sup>3</sup>Київський національний університет ім.Т.Г.Шевченка, Київ

<sup>4</sup>ДУ «Інститут урології АМН України», Київ

Хворі на метастатичну форму рака нирки мають песимістичний прогноз виживання, який вимірюється місяцями від встановлення діагнозу. Мультиmodalний підхід із застосуванням циторедуктивної нефректомії у поєднанні з таргетною хімотерапією (інгібіторами тирозинкінази) або системною поліхіміотерапією/імунотерапією значно змінює тривалість виживання у кращий бік. Лімітуючим фактором застосування ефективної за змістом таргетної терапії є системна токсичність. З іншого боку, метастази за часом виникнення можуть бути синхронними чи метакронними, за чисельністю – множинними чи солітарними. Ці фактори можуть мати вплив на дефінітивну лікувальну тактику у хворих на метастатичну форму світлоклітинного раку нирки.